

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

176

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DURGEAT

Né le 8 Juillet 1912, à AULNAY-SOUS-BOIS (Seine et Oise)

Sur le traitement chirurgical
de l'Entropion spasmodique
par la technique de A. POULARD

Président : TERRIEN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DURGEAT

Né le 8 Juillet 1912, à AULNAY-SOUS-BOIS (Seine et Oise)

Sur le traitement chirurgical de l'Entropion spasmodique par la technique de A. POULARD

Président : TERRIEN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

MM.
 ROUVIERE.
 LÉON BINET
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ADAMI
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALHAZARD
 LAIGNEL-

LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.

N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . . . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). . . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. . . Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{lle} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT.
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE ... Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CPABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR- VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 } Clinique médicale

MM

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
*Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR EDW. HARTMANN
Ophthalmologiste de l'Hôpital Ambroise-Paré

Qui nous inspira le sujet de cette
thèse et nous a guidé de ses pré-
cieux conseils pendant l'année d'ex-
ternat passée dans son service.

Témoignage de notre sincère
reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
*Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
Officier de la Légion d'Honneur*

Témoignage de gratitude pour
son enseignement si précieux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GENNES
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST
Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROcq
Chirurgien de l'Hôpital Bichat

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBE
Médecin Aliéniste de l'Hospice de la Salpêtrière

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE
Médecin des Hôpitaux

Témoignage de respectueuse gra-
titude.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DELAFONTAINE
*Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis
et de la Fondation Médicale du Mont Valérien*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESCHAMPS
Médecin Assistant à l'Hôpital Ambroise-Paré

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'ENTROPION SPASMODIQUE
PAR LA TECHNIQUE DE A. POULARD

INTRODUCTION

Notre but, dans cette thèse, sera de faire connaître un procédé opératoire récent de l'entropion spasmodique dû à M. POULARD.

L'opération porte exclusivement sur l'angle externe des paupières et ce qui fait sa supériorité sur les autres procédés déjà décrits, c'est :

- son efficacité remarquable ainsi que le prouvent les nombreuses observations que nous avons réunies,
- sa grande simplicité,
- l'insignifiance des suites opératoires.

PRINCIPAUX TRAITEMENTS DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

Nous citerons rapidement les principaux procédés employés jusqu'à présent et dont les résultats sont extrêmement variables.

Certains qui sont complètement abandonnés à l'heure actuelle ne seront cités qu'à titre de mémoire.

Parmi ceux-ci, les agrafes, serre-plates, serre-fines ne donnaient qu'une amélioration passagère.

D'autres, plus complexes avaient pour but la résection ou le plissement des téguments palpébraux. On pratiquait soit la résection d'un lambeau horizontal (TERSON), soit d'un lambeau vertical (JANSON) d'un dosage difficile. En effet, en cas de surcorrection, on est absolument désarmé. De plus, le redressement palpébral n'était en général que de courte durée.

Parmi les procédés de plissements palpébraux, nous citerons les *Sutures de Gaillard* qui ne donnent une bonne cicatrice adhérente et par conséquent un bon résultat qu'au prix d'une suppuration ou d'une longue irritation. Ils ne donnent le plus souvent qu'un résultat très passager.

Dans certaines lésions cornéennes compliquées d'entropion spasmodique, il suffit souvent d'obtenir

un redressement momentané pour sortir d'un cercle vicieux et, dans de tels cas, les applications de collodion ou l'injection palpébrale d'alcool à 80  précédée d'injection de novocaïne peuvent suffire

Nous citerons maintenant les procédés chirurgicaux les plus employés.

A. — Procédés musculaires.

Ils peuvent porter soit sur le corps musculaire lui-même (excision d'une languette musculaire horizontale) soit sur le tendon (canthotomie ou canthoplastie. Key).

Certains (V. MORAX) ont pratiqué l'excision de la partie immédiatement adjacente au bord libre du muscle orbiculaire jointe à une canthotomie et à une blépharorrhaphie externe très limitée.

B. — Procédés mixtes.

1  Les *Sutures de Snellen* qui produisent un plissement total de la paupière, auxquelles on peut faire les mêmes critiques qu'aux sutures de Gaillard ;

2  La *cautérisation* intéressant les téguments et les plans profonds. C'est un procédé très simple aboutissant à un bon redressement palpébral, mais la cicatrisation très lente ne peut se faire qu'après l'élimination d'une escharre ;

3  La *Fixation du septum orbitale à la marge ci-*

liaire a été proposé par POULARD et MICHAUD. Les résultats obtenus sont en général excellents ;

4° La *blépharorrhaphie partielle très limitée* a été pratiquée par CANTONNET dans certains cas mais on peut reprocher à ce procédé de manquer d'esthétique ;

5° Le procédé de CELSE : *transplantation du sol ciliaire*.

Ces différentes techniques ont donné des résultats plus ou moins satisfaisants, mais nous croyons utile de faire connaître un procédé très simple et d'une efficacité pratiquement incontestable.

OPERATION DE L'ENTROPION SPASMODIQUE SUIVANT LE PROCÉDE DE POULARD

C'est en se basant sur le fait que le maximum d'entropion et le maximum de profondeur du sillon sous-marginal se trouvent au niveau de l'angle externe que M. POULARD a été entraîné à rechercher si une action chirurgicale portant exclusivement sur l'angle externe ne pourrait pas donner à elle seule un redressement durable de la paupière.

Technique opératoire

L'action opératoire s'exerce exclusivement sur l'angle externe, même quand l'entropion s'étend à toute la paupière, ce qui est la règle.

Anesthésie.

Instillation de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 % suivie d'une injection traçante dans l'épaisseur de la paupière inférieure de un à deux centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 ou 2 %.

PREMIER TEMPS : CANTHOTOMIE.

Elle se fait en deux coups de ciseaux nets et forts suivant les indications classiques (voir fig. 1).

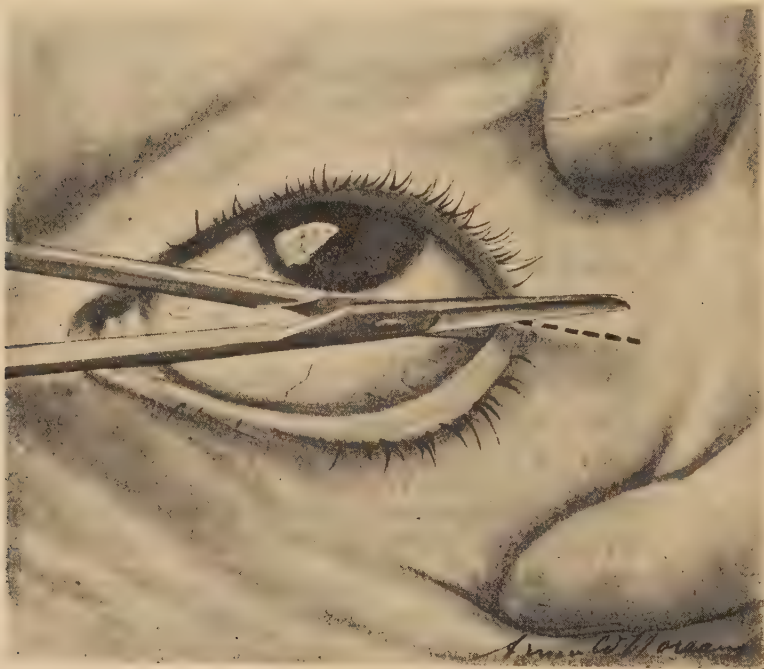


FIG. 1. — Premier temps : Canthotomie.

DEUXIÈME TEMPS : SECTION DES BRIDES.

Après la canthotomie, on obtient un résultat partiel dans le redressement du bord palpébral, mais l'effet de redressement est insuffisant. En effet, si le sillon sous-marginal se trouve atténué, la partie externe de la paupière reste amarré dans la profondeur.

Le second temps qui est la partie principale de l'intervention, cherche à libérer la partie externe de la paupière en sectionnant ce qui l'amarre dans la profondeur et qui est vraisemblablement l'insertion bifurquée du ligament palpébral externe au niveau du rebord orbitaire (voir fig. 2).

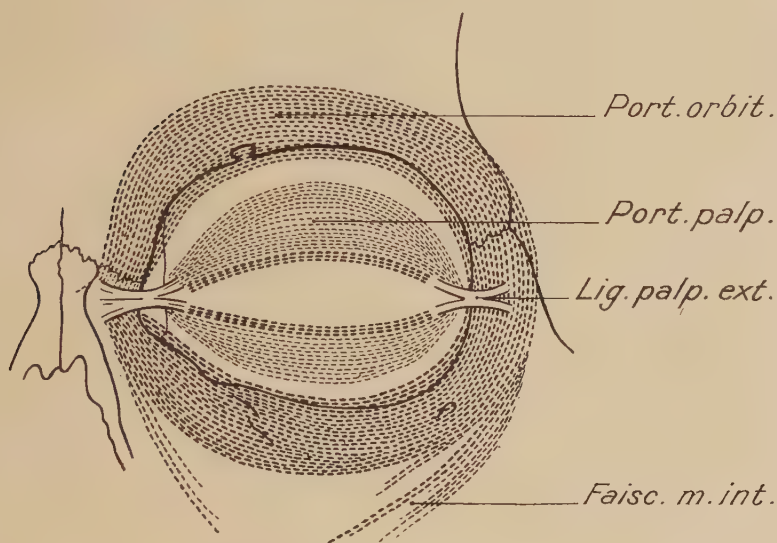


FIG. 2.

Pour cela on récline avec une pince l'extrémité du bord externe de la paupière inférieure en avant et en haut. On introduit les ciseaux dans la plaie de canthotomie entre la peau et la conjonctive et on coupe le ligament en un ou deux coups de ciseaux, tandis que celui-ci est tendu comme une bride (voir fig. 3).

On se rend compte alors que le bord palpébral se trouve entièrement libéré et que le sillon sous-marginal est complètement disparu.

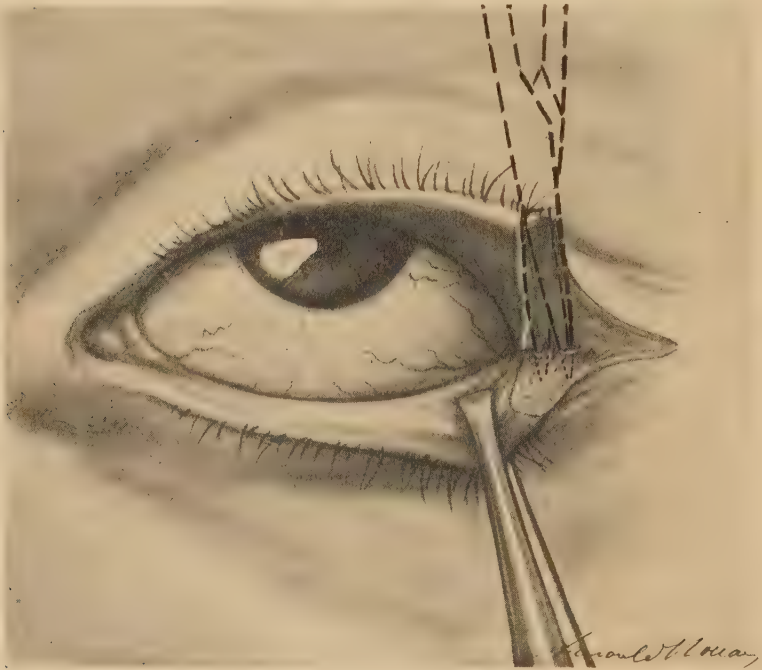


FIG. 3. — Section des brides.

L'opéré se trouve dès lors dans l'impossibilité totale d'entropionner sa paupière même en faisant de violents efforts d'occlusion des yeux.

Bien qu'il n'y ait pas d'entropion de la paupière supérieure on fait la même section sous-cutanée de la lèvre supérieure de la canthotomie et de même qu'en bas, la paupière libérée se mobilise immédiatement.

Il est fort probable que les modifications de l'angle externe soient les mêmes pour la paupière supérieure comme pour l'inférieure, mais on peut expliquer l'absence d'entropion de la paupière supérieure par le fait que sa charpente tarsienne plus solide l'empêche de basculer en entropion.

TROISIÈME TEMPS : MISE EN BONNE POSITION DES PAUPIÈRES LIBÉRÉES.

Le but de ce troisième temps opératoire consistera à fixer la partie externe de la paupière inférieure et à s'opposer à son retour en arrière.

On y parviendra en pratiquant dans l'angle externe une blépharorrhaphie spéciale très courte à l'aide d'un ou deux points de suture.

Pour cela le bord de la paupière inférieure est avivé sur une faible longueur de sa partie externe. Mais au lieu d'aviver le bord palpébral à sa partie moyenne on fera l'avivement plus en arrière sur le versant postérieur du bord palpébral (voir fig. 4).

M. POULARD conseille de faire à la paupière supérieure un avivement très court, aussi en avant que possible sur le versant antérieur du bord palpébral de telle manière que, en suturant, le versant postérieur du bord palpébral inférieur vienne s'appliquer sur le versant antérieur du bord palpébral supérieur, mais, en pratique, cet avivement se révèle inutile.

On fera seulement deux points de suture : le premier à la partie interne des surfaces avivées, l'autre complètera la fermeture de la canthotomie (voir fig. 5).

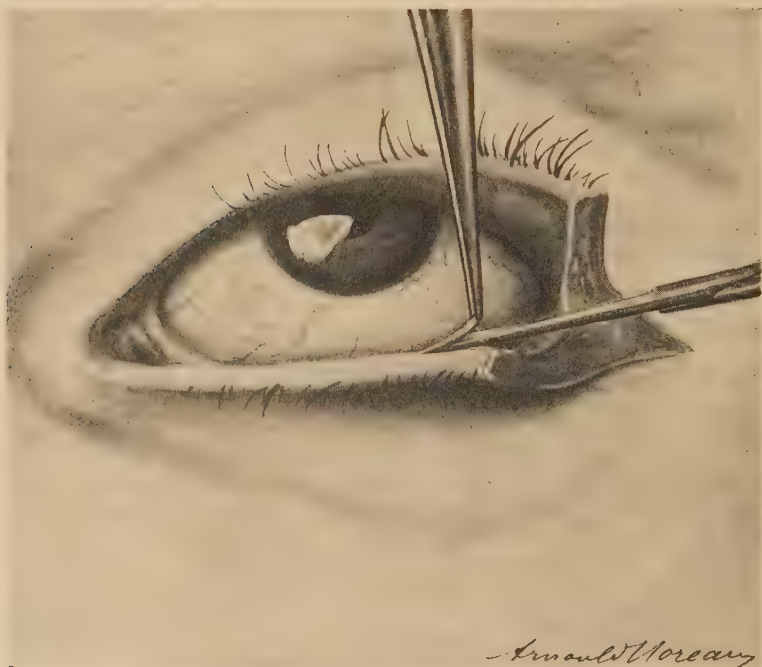


FIG. 4. — Avivement de la paupière inférieure.

En avivant de la sorte, M. POULARD fait remarquer que l'on obtient une légère éversion du bord palpébral inférieur qui, si elle n'est pas indispensable, donnera en tout cas une garantie de plus contre la récurrence de l'entropion.

Les suites opératoires sont absolument insignifiantes. Le pansement et les fils sont enlevés 4 à 5 jours

après l'opération, le malade pouvant parfaitement continuer pendant ce temps à se livrer à ses occupations habituelles.

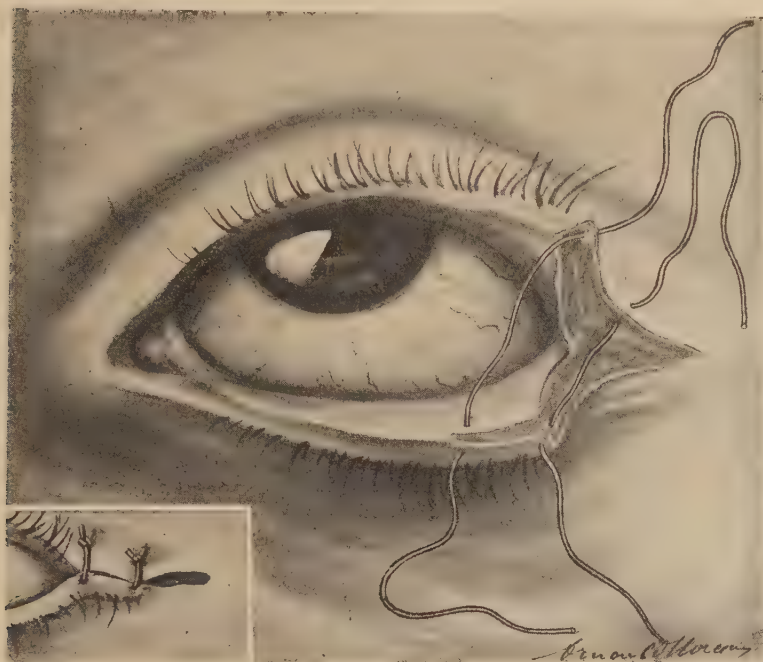


FIG. 5. — Blépharorrhaphie spéciale (POULARD).

On peut faire remarquer que la blépharorrhaphie que nous pratiquons entraîne un rétrécissement de la fente palpébrale, mais celui-ci est insignifiant et le résultat esthétique obtenu est absolument parfait. A ce point de vue il serait intéressant de rapprocher de la technique opératoire que nous venons de décrire un procédé publié par N. POCHISOW (Moscou) dans les *Annales d'Occulistique* de septembre 1936.

Ce procédé est exactement superposable à celui de M. POULARD en ce qui concerne les deux premiers temps de l'opération, mais il évite la production d'une récidive par une canthoplastie un peu différente qui consiste, en principe, à attirer la conjonctive palpébrale inférieure en haut et en dehors et à la fixer dans cette position, ce qui tend à obtenir un ectropion artificiel du bord palpébral externe qui disparaît en quelques jours.

Quoi qu'il en soit, la technique décrite par M. POULARD donne des résultats extrêmement satisfaisants et il serait intéressant de savoir d'une manière précise quelle est dans cette opération le temps le plus efficace des trois actes successifs : 1° la canthotomie ; 2° la section des brides ; 3° la blépharorrhaphie spéciale.

M. POULARD a montré que : 1° la canthotomie seule pratiquée chez quelques sujets a été nettement insuffisante ; 2° la section des brides isolée sans la canthotomie à travers la conjonctive de l'angle externe a été également sans effet ; 3° certains (DUVERGER) ont pratiqué la blépharorrhaphie isolée et semblent avoir obtenu de bons résultats.

Peut-être la canthotomie associée à la section de brides sans avoir recours à la blépharorrhaphie spéciale serait-elle suffisante, mais au fond, celle-ci donne une garantie supplémentaire contre la récidive.

Enfin, telle quelle, la technique que nous décrivons a donné d'excellents résultats et nous citons à l'appui un certain nombre d'observation dont quelques-unes datent déjà d'une dizaine d'années et parmi lesquelles un seul cas de récidive à pu être relevé.

OBSERVATIONS

Nous tenons à remercier, dans ce chapitre, les chefs de service et assistants d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris qui ont bien voulu nous permettre d'utiliser ces observations et tout particulièrement : à l'Hôpital Ambroise-Paré, notre Maître le Docteur Edw. HARTMANN, le Docteur DESCHAMPS; à l'Hôpital Lariboisière, le Docteur POULARD et le Docteur P. MORAX ; à l'Hôpital Tenon, le Docteur CAMPS et le Docteur DELTHIL ; à la Pitié, le Docteur PARFONRY et le Docteur DESPRÉS.

C'est dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière que nous avons recueilli le plus grand nombre de cas d'entropions opérés suivant la technique de A. POULARD.

Parmi ceux-ci, nous relevons 42 cas (22 hommes et 20 femmes) opérés par le Docteur POULARD lui-même, de novembre 1929 à juillet 1933.

Nous avons pu revoir 28 de ces malades. Tous sont guéris sauf une dont nous donnons plus loin l'observation détaillée.

Dans ce même service, de 1933 à 1938, 14 entropions¹ (9 hommes, 5 femmes) ont été opérés par le

Docteur PARFONRY et le Docteur P. MORAX. 12 de ces malades nous ont fait savoir qu'ils étaient guéris.

Dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Tenon, de janvier 1936 à décembre 1938, nous avons pu relever 12 cas (8 hommes, 4 femmes) opérés par le Docteur CAMPS et le Docteur DELTHIL. Ces malades sont tous guéris.

A l'Hôpital Ambroise-Paré nous relevons d'avril 1936 à novembre 1938, 10 entropions (7 hommes, 3 femmes) opérés par le Docteur Edw. HARTMANN ; 8 nous ont fait savoir qu'ils étaient guéris.

Dans ce même service, 3 malades opérés par le Docteur DESCHAMPS sont guéris également.

Dans le service d'ophtalmologie de la Pitié, 4 cas d'entropions opérés par le Docteur DESPRÉS sont tous quatre guéris.

De plus, le Docteur Edw. HARTMANN a bien voulu nous confier l'observation d'un de ses malades de clientèle qui est guéri.

Nous remercions également le Docteur CAMPS qui nous a permis de citer ici deux cas de sa clientèle qui ont été guéris après la même opération.

En définitive, sur les 88 cas d'entropions (53 hommes, 35 femmes) opérés suivant la technique de A. POULARD, nous avons pu avoir la certitude de la guérison de 70 d'entre eux. Un seul a récidivé. Nous n'avons pu joindre les 18 autres malades.

Parmi toutes ces observations, nous en citerons quelques-unes parmi les plus caractéristiques.

OBSERVATION I

Mme G..., 62 ans.

Se présente dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Tenon, en mars 1937, avec un entropion spasmodique de l'œil droit.

Cette affection déjà ancienne l'avait amenée à se faire examiner déjà dans diverses consultations. Les traitements prescrits (Collyres) n'avaient entraîné aucune amélioration notable.

Examen de la malade.

Entropion spasmodique très accentué de la paupière inférieure droite avec sillon sous-marginal très marqué. Le redressement de la paupière, par traction assez difficile est impossible à maintenir et l'entropion se reproduit immédiatement.

Intervention. — Le 8 mars 1937 (Méthode de M. Poulard), ablation des fils le 12 mars 1937.

Nous revoyons la malade le 9 juin 1937.

Excellents résultats.

9 novembre 1938. — La correction est maintenue. Cicatrice imperceptible.

OBSERVATION II

Mme P..., 65 ans.

Se présente dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Ambroise-Paré, dans les premiers jours de

décembre 1938, avec un entropion spasmodique bilatéral très marqué.

Examen de la malade.

Gêne fonctionnelle considérable. La malade, qui présente des opacités cristallines accentuées des deux yeux, est atteinte d'une conjonctive rebelle bilatérale.

L'enroulement du bord libre des paupières est tel que les cils sont totalement enfouis dans le cul-de-sac conjonctival. Une légère traction sur les paupières permet cependant de les remettre en position normale, mais l'entropion se reproduit facilement.

La malade accuse une sensation pénible de corps étrangers dûe au frottement des cils contre le globe oculaire.

Première intervention : O D, le 4 décembre 1938, technique Poulard.

Ablation des fils le 7 décembre.

Deuxième intervention : O G, le 14 décembre 1938.

Ablation des fils le 17 décembre.

Le 28 décembre : Très bons résultats.

Le 30 janvier : Le redressement des paupières est maintenant d'une manière parfaite.

OBSERVATION III

M. T..., 64 ans.

Se présente, le 10 mars 1932, à la consultation d'ophtalmologie du dispensaire St-Vincent-de-Paul,

rue d'Hauteville, avec un entropion spasmodique de l'œil gauche ; entropion très marqué avec enroulement ciliaire dans le cul-de-sac conjonctival.

Le 25 mars 1932, on place deux anses de Gaillard. Après l'ablation des fils, on note une amélioration assez notable + mais le malade revenu consulter dans le même service, en avril 1934, se plaint à nouveau de sensation de corps étrangers de l'œil gauche.

En effet, si le bord ciliaire est complètement redressé dans l'angle interne, quelques cils cependant s'entropionnent à nouveau dans l'angle externe de l'œil, occasionnant une irritation marquée de la conjonctive. Les différents traitements prescrits (Collyres) ne donnent aucun résultat appréciable.

Intervention le 10 janvier 1936, à La Pitié (technique de A. Poulard).

Ablation des fils le 14 janvier 1936.

Le 20 mars 1936 : Guérison complète, disparition de la conjonctivite.

Le 15 décembre 1938 : Persistance de la guérison.

OBSERVATION IV

Voici maintenant le seul cas de récédive que nous ayons noté. Il s'agit d'une des premières interventions pratiquée par le Docteur Poulard, à Lariboisière.

Mme L..., 69 ans, vient consulter à l'hôpital Lariboisière, en décembre 1929, pour entropion spasmodique de l'œil droit.

Elle est opérée par le Docteur Poulard, le 26 décembre 1929.

Quinze jours après, récurrence de l'entropion. La malade consulte alors aux Quinze-Vingts, où l'on pratique le 7 octobre 1930 une injection de novocaïne.

Dans le même service, le 10 octobre 1930, devant la persistance de l'entropion, on fait une blépharorraphie externe.

Le 14 novembre 1930 : L'état est satisfaisant.

Le 12 février 1931 : Récurrence peu marquée : Injection d'alcool stovainé.

Le 21 février 1931 : Persistance de l'entropion.

Le 27 février 1931 : La malade est admise pour une nouvelle blépharorraphie externe.

Le 5 juin 1931 : On pratique l'ablation du muscle orbiculaire.

Le 22 novembre 1932 : La malade souffre toujours.

Nous revoyons la malade au début de janvier 1939. A l'examen, persistance de l'entropion, mais la gêne fonctionnelle est peu marquée par le fait que les cils ont complètement disparu à la paupière inférieure. On ne note aucune irritation conjonctivale.

C'est là le seul cas de récurrence post-opératoire que nous ayons pu constater. Peut-être peut-il être mis sur le compte d'une section incomplète des brides du ligament palpébral externe ?

CONCLUSIONS

Ainsi que le montrent les observations que nous avons réunies, la technique opératoire de l'entropion spasmodique de M. Poulard donne d'excellents résultats.

Elle est basée sur le fait que le maximum d'entropion se trouve au niveau de l'angle externe et elle porte exclusivement sur cet angle de la paupière.

L'opération comprend trois temps :

1^{er} temps : Canthotomie.

2^e temps : Section des brides d'insertion du ligament palpébral externe.

3^e temps : Blépharorrhaphie spéciale.

La simplicité de son exécution permet de la préférer à d'autres techniques peut-être plus efficaces, mais plus complexes.

Enfin, les suites opératoires sont de courte durée, peu pénibles pour le malade. Les résultats sont également excellents au point de vue esthétique.

Signalons que ce procédé qui, en général a été pratiqué sur des entropions totaux de la paupière, peut

également être employé pour les entropions partiels et dans les cas exceptionnels d'ailleurs d'entropion spasmodique de la paupière supérieure.

Il n'est donc pas inutile de présenter ce procédé nouveau, susceptible de remplacer les anciens ou de réussir là où ils se sont montrés insuffisants.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE :
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU (R.). — Tarsoraphie externe dans le traitement de l'entropion spasmodique. *Thèse Paris*, 1919. *Annales d'Occulistique*, 1935-1936.
- AUBINEAU. — Société d'ophtalmologie. novembre 1925.
- AXENFELD. — De l'entropion. *Traité d'Ophtalmologie*, édit. française, 1914.
- CANTONNET. — Traitement de l'entropion spasmodique. *Causeries d'Ophtalmologie*, 1925 et *Archives d'Ophtalmologie*, 1914.
- CANTONNET et VINCENT (Cl.). — *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, novembre 1935.
- DARIER. — L'entropion spasmodique. *Traité de Thérapeutique Oculaire*.
- DIMMER. — L'entropion spasmodique et son développement. *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1913.
- DUVERGER et WELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique, 1926. *Encyclopédie Française d'Ophtalmologie* (tome V).
- FUCHS. — *Lehrbuch der Augenheilkunde* (édition allemande, 1922).
- *Manuel d'Ophtalmologie* (édition française, 1908).
- GALLEMAERTS. — Opération d'entropion. *Archives d'Ophtalmologie*, 1906.
- INIRE (J.). — Sur l'opération de l'entropion spasmodique persistant. *Revue Générale d'Ophtalm.*, 1910.

- MARCHADIER (R.). — Traitement chirurgical de l'entropion sénile, Paris, 1928.
- MAY. — *Manuel des Maladies de l'œil* (édition française, 1923).
- MORAX (V.). — *Précis d'Ophtalmologie* (édit., 1921).
- MORGAGNI (G. B.). — Nella storia dell' oculistica Guiseppe ovio (Casa editrice Dottor Francesco Vallardi, Milano, 1923).
- PERÉZ Y BUFILL. — Nouveau procédé pour l'opération de l'entropion. *Revue Générale d'Ophtal.*, 1912 ; *Archives de Oftalm. hisp. Americ.*, juin 1910.
- PERROTTE. — Traitement chirurgical de l'entropion spasmodique, Paris, 1935.
- POCHISOW (N.). — Sur le traitement opératoire de l'entropion spasmodique. *Annales d'occulistique*, septembre 1936.
- POULARD. — Traité d'ophtalmologie. *Annales d'occulistique*, 1923.
- Entropion d'origine angulaire externe. Traitement chirurgical. *Annales d'Occulistique*, février 1935.
- POULARD et MICHAUD. — Nouveau procédé opératoire de l'entropion non cicatriciel, Paris, 1926.
- POIRIER. — Anatomie des organes des sens, 1912.
- REVERSE (B.). — Etude critique sur les moyens de la correction de l'entropion spasmodique de la paupière inférieure, Paris, 1930.
- TERRIEN. — Chirurgie de l'œil (édit. 1921).
- TERSON. — Chirurgie oculaire et ophtalmologie du médecin praticien (édit. 1916).
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie descriptive*. T. I, article II, appareil de la vision (édit. 1914).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



